

Healthy Families Program

Propósito

En este capítulo se describe el programa Healthy Families Program e incluye quién reúne los requisitos, cuáles son los beneficios y cómo afiliarse. También se trata sobre la Revisión Anual de Derechos (AER) Inscripción Abierta (OE) y las apelaciones. Una vez que las solicitudes para Medi-Cal sin costo se han revisado en el Punto de Entrada Único (SPE) se envían a Healthy Families Program para ser procesadas.

Idea general del programa

El Healthy Families Program brinda cobertura médica de bajo costo para niños hasta que cumplan 19 años de edad cuyas familias reciban ingresos entre 100% y 250% de las Pautas de ingresos federales (FIG) con Healthy Families Program las familias pagan una pequeña cuota mensual para recibir servicios de salud para sus niños.

NOTA: El Manual de Healthy Families Program se actualiza anualmente en junio. Para obtener ejemplares del manual, por favor comuníquese al 800-880-5305.

Requisitos

- Los niños deben tener 19 años o menos
- Los niños deben ser residentes de California. Consulte los Requisitos de residencia en California en la parte baja
- Los niños deben ser ciudadanos estadounidenses, nacionales estadounidenses o inmigrantes que reúnen los requisitos. Consulte Inmigrantes que reúnen los requisitos en la página 7-23 y 7-24
- Los ingresos de la familia deben ser mayores del 100% y menores del 250% de las Pautas de ingresos federales (esto varía dependiendo de la edad del niño) Consulte el Cuadro de Ingresos en la página 7-2
- Los niños NO pueden reunir los requisitos para Medi-Cal sin costo o recibir sus beneficios. (Se permite la afiliación a Medi-Cal de costo compartido)
- Los niños NO pueden estar cubiertos por un seguro médico auspiciado por el patrón en los tres meses anteriores (salvo algunas excepciones) Si necesita más información, consulte la página 7-4

NOTA: Los niños no están excluidos de la cobertura debido a padecimientos pre-existentes.

Requisitos de residencia en California

Para poder estar afiliados a Healthy Families Program, los niños deben ser residentes del estado de California. Por lo general, los solicitantes utilizan el talón del cheque de nómina que muestra que trabajan en California y que sirve como comprobante de su residencia. Lea el Capítulo 10: (*Documentos requeridos*) para obtener más información sobre los documentos que se pueden usar para demostrar la residencia en California.

Requisitos de ciudadanía y situación migratoria

Para reunir los requisitos para Healthy Families Program, los niños deben ser ciudadanos de EE.UU. nacionales o inmigrantes que reúnan los requisitos. Consulte la página 7-23 y 7-24 para mayor información sobre las diferentes situaciones migratorias para Healthy Families.

Los niños no documentados NO reúnen los requisitos para Healthy Families Program.

Límites de ingresos netos mensuales (después de las deducciones)

Healthy Families Program utiliza las Pautas de ingresos federales para determinar si los niños reúnen los requisitos para Healthy Families Program (consulte el cuadro siguiente) A continuación se muestra el cuadro de ingresos mensuales contables para Healthy Families Program.

NOTA: Los niños que no reúnan los requisitos para Healthy Families Program quizás sí los reúnan para otros programas públicos y privados. Si necesita más información, consulte el Capítulo 11 (*Otros programas médicos*)

Cuadro de Pautas de Ingresos
de Healthy Families Program y Medi-Cal
Las pautas cambian el 1º de abril de cada año

Tamaño de la Familia	Niños de 0 a 1 Año de Edad o Mujer Embarazada Medi-Cal Program	Niños de 0 a 1 Año de Edad Healthy Families Program	Niños de 1 a 5 Años de Edad Medi-Cal Program	Niños de 1 a 5 Años de Edad Healthy Families Program	Niños de 6 a 18 Años de Edad Medi-Cal Program	Niños de 6 a 18 Años de Edad Healthy Families Program
1	\$0 - \$1,805	\$1,806 - \$ 2,257	\$0 - \$1,201	\$1,202 - \$2,257	\$0 - \$903	\$904 - \$2,257
2	\$0 - \$2,429	\$2,430 - \$3,036	\$0 - \$1,615	\$1,616 - \$3,036	\$0 - \$1,215	\$1,216 - \$3,036
3	\$0 - \$3,052	\$3,053 - \$3,815	\$0 - \$2,030	\$2,031 - \$3,815	\$0 - \$1,526	\$1,527 - \$3,815
4	\$0 - \$3,675	\$3,676 - \$4,594	\$0 - \$2,444	\$2,445 - \$4,594	\$0 - \$1,838	\$1,839 - \$4,594
5	\$0 - \$4,299	\$4,300 - \$5,373	\$0 - \$2,859	\$2,860 - \$5,373	\$0 - \$2,150	\$2,151 - \$5,373
6	\$0 - \$4,922	\$4,923 - \$6,153	\$0 - \$3,273	\$3,274 - \$6,153	\$0 - \$2,461	\$2,462 - \$6,153
7	\$0 - \$5,545	\$5,546 - \$6,932	\$0 - \$3,688	\$3,689 - \$6,932	\$0 - \$2,773	\$2,774 - \$6,932
8	\$0 - \$6,169	\$6,170 - \$7,711	\$0 - \$4,102	\$4,103 - \$7,711	\$0 - \$3,085	\$3,086 - \$7,711
9	\$0 - \$6,792	\$6,793 - \$8,490	\$0 - \$4,517	\$4,518 - \$8,490	\$0 - \$3,396	\$3,397 - \$8,490
10	\$0 - \$7,415	\$7,416 - \$9,269	\$0 - \$4,931	\$4,932 - \$9,269	\$0 - \$3,708	\$3,709 - \$9,269

Agregue la siguiente cantidad por cada miembro adicional de la familia:

	\$624	\$625 - \$780	\$415	\$416 - \$780	\$312	\$313 - \$780
--	-------	---------------	-------	---------------	-------	---------------

Consulte el sitio Web de HFP www.healthyfamilies.ca.gov para obtener la pauta de ingresos mas actualizada, si es después del 1º de abril de cada año.

Resumen de beneficios

Los niños afiliados a Healthy Families Program reciben un amplio paquete de beneficios por una pequeña cuota mensual. Las cuotas van desde \$4 hasta \$17 mensuales por niño, hasta un máximo de \$51 por todos los niños en la familia. El paquete de beneficios incluye los siguientes servicios

- Hospitalizaciones médicamente necesarias
- Servicios de atención de emergencia
- Servicios médicos y de cirugía
- Servicio de pacientes internos y externos
- Atención preventiva
- Inmunizaciones
- Medicamentos de receta
- Chequeos de rutina
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de maternidad
- Servicios para abuso de drogas
- Servicios de salud mental
- Atención de enfermeras especializadas
- Atención médica en el hogar
- Terapias ocupacionales, físicas y del lenguaje
- Servicio de laboratorio y rayos X
- Beneficios dentales, incluidos servicios de atención médica preventiva y de diagnóstico
- Beneficios para el cuidado de la vista, incluidos exámenes anuales y lentes

Para obtener más información acerca de los beneficios que ofrece Healthy Families, consulte el Resumen de Beneficios que encontrará en el Manual de Healthy Families Program.

Se ofrecen beneficios de exámenes preventivos de atención médica, dental y de la vista sin ningún copago. Los servicios de emergencia y medicamentos de receta requieren copagos de \$5 por niño, por visita y por receta. Hay un copago máximo de \$250 por año de beneficios por familia (1 de julio a 30 de junio de cada año) Para obtener más información acerca de los beneficios que requieren co-pagos, consulte el Resumen de Beneficios que encontrará en el Manual de Healthy Families Program.

Otras coberturas médicas

En algunos casos se puede afiliar a los niños en otros programas de atención médica mientras están afiliados en Healthy Families Program. Si los niños están afiliados en otro programa, sus familias deberán informar a sus proveedores de Healthy Families Program. Algunos de esos programas son los siguientes

- Los niños pueden tener derecho a Healthy Families Program incluso si reciben Medi-Cal con costo compartido
- Los niños que reciban California Children Services (CCS) y no tengan Medi-Cal sin costo pueden tener derecho a Healthy Families. Los niños en Healthy Families con padecimientos que reúnan los requisitos para CCS tienen derecho a servicios de CCS

NOTA: Los niños que estén afiliados a Medi-Cal sin costo NO reúnen los requisitos para Healthy Families Program.

Seguro médico patrocinado por el patrón

Los niños que estén afiliados a un seguro médico patrocinado por el patrón (ESI) no reúnen los requisitos para Healthy Families Program. Si los padres cancelan el seguro médico patrocinado por el patrón que tienen sus hijos, existe un período de 3 meses durante el cual no podrán afiliarse a Healthy Families Program. Los CAAs NUNCA deben recomendar que los padres cancelen la cobertura de sus hijos de su seguro médico patrocinado por el patrón para poder solicitar Healthy Families Program.

Hay algunas excepciones para ese período de 3 meses (denominado período de espera) Este período de espera no se aplicará si alguna de las situaciones siguientes le sucede a la persona a través de la cual se ha contado con el seguro médico para los niños patrocinado por el patrón

- Pierde su trabajo
- Se muda a una zona o región con un número de ZIP que no esté cubierta por el seguro médico patrocinado por el patrón
- Pierde los beneficios médicos porque su patrón deja de pagar los beneficios médicos para todos los empleados
- Muere
- Se divorcia o se separa legalmente del padre con que vive el niño (o que este haciendo la solicitud para los niños)

Si en la solicitud el aplicante no responde a la pregunta sobre ESI o no proporciona una fecha de terminación de ESI, podrá dar esta información a **Healthy Families Program** por teléfono, al 1-800-880-5305.

NOTA: Si los niños cuentan con cobertura conforme a la Ley de Conciliación Presupuestaria Colectiva Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) y dicha cobertura expirará, los solicitantes no tendrán que esperar hasta que termine la cobertura para poder solicitar Healthy Families Program para sus hijos. No existe un período de tres meses de espera si los solicitantes cancelan su cobertura COBRA.

Estas reglas no aplican si los niños cuentan con cobertura conforme a una póliza individual (pagada privadamente) de seguro médico, dental o de la vista. La cobertura del Programa Healthy Families Program puede iniciar cuando termina la cobertura privada.

Si los niños reciben cobertura médica sólo mediante seguro médico patrocinado por el empleado NO PUEDEN afiliarse a Healthy Families para recibir cobertura de cuidado dental y de la vista. Sin embargo, si el seguro médico patrocinado por el empleado proporciona sólo cobertura de cuidado dental o de la vista, los niños pueden afiliarse a Healthy Families Program.

Información sobre los padres ausentes que solicitan Healthy Families

Los solicitantes de Healthy Families Program deben vivir con los hijos para los cuales solicitan cobertura, con dos excepciones

- Los hijos asisten a la escuela en otra población y cuando sus padres los declaren como dependientes con fines fiscales
- Padres ausentes que no residen con sus hijos

Los padres ausentes deben ser los padres naturales o adoptivos. Los padrastros no pueden solicitar a menos que vivan con sus hijos. No obstante, los padres ausentes NO cuentan para el tamaño de la familia ni tampoco sus ingresos. El tamaño de la familia y los ingresos familiares del hogar en que viven los hijos se usan para determinar si reúnen los requisitos.

Ejemplo: Un padre ausente desea solicitar para los dos hijos que viven con su madre. La madre vive sola con los hijos. En este caso, el tamaño de la familia de los hijos es tres (la madre y los dos hijos) Sólo se deberán contar los ingresos de la madre y cualquier otro ingreso que pueda tener los hijos (como por ejemplo mantenimiento infantil) En la solicitud el padre no necesita dar datos sobre sus ingresos. Si se determina que los hijos reúnen los requisitos y se afilian a Healthy Families Program, el padre tendría la responsabilidad de hacer el pago de las cuotas y de recibir toda la información sobre el programa (como por ejemplo, sobre la Revisión anual de Derechos y sobre los formularios de Inscripción Abierta)

Elección de Proveedores de seguro médico, atención dental y cuidado de la vista: Información General

En la página A4 de la solicitud, los solicitantes seleccionan los planes de atención médica, dental y de cuidado de la vista para sus hijos en Healthy Families Program. El Manual de Healthy Families Program indica los planes disponibles en cada condado así como la información de contacto de cada plan y otra información para ayudar a los solicitantes a seleccionar los planes adecuados para sus hijos.

Los solicitantes pueden elegir planes de seguro médico, dental y de cuidado de la vista del Manual de Healthy Families Program. Cada plan de seguro médico, atención dental y de cuidado de la vista tiene sus propios médicos personales, especialistas, clínicas, laboratorios, farmacias y hospitales. El solicitante tiene la oportunidad de elegir un proveedor o dentista personal al momento de la solicitud inicial. Lea el Capítulo 8 2006 (Instrucciones para llenar la solicitud) en la página 30, si necesita ayuda para llenar esta sección de la solicitud. La Solicitud conjunta de 2007 permite también al solicitante elegir un oftalmólogo. Lea la página 25 del Capítulo 8 (*Instrucciones para llenar la solicitud*) de 2007, donde encontrará ayuda para llenar esta sección de la solicitud.

A partir del 1º de enero de 2007, las solicitudes a las que les falte la selección de planes ya no serán consideradas como incompletas. Si a alguna solicitud le falta la selección de planes de seguro médico, atención dental o de cuidado de la vista, se enviará una carta al solicitante y lo llamaremos por teléfono para pedirle la información que falta. No obstante, si no recibimos las selecciones de plan que faltan, NO rechazaremos la solicitud. Más bien, el programa asignará planes automáticamente a los niños que reúnan los requisitos. Las selecciones de planes de seguro médico faltantes serán asignadas al Plan de seguro médico proveedor comunitario del

condado donde reside el niño. Asignaremos a los niños los planes de atención dental y de cuidado de la vista que se encuentren disponibles en su condado de residencia, mediante un proceso equitativo de asignaciones.

Si a la solicitud le falta otra información pedida, además de la selección de planes y no nos proporcionan esta información a más tardar en 20 días naturales, seguiremos rechazando la solicitud. Puede pedir los nombres y códigos de los proveedores llamando a Healthy Families Program al 1-888-747-1222, llamando directamente a los planes o desde el sitio web de Healthy Families Program, en www.healthyfamilies.ca.gov, en el enlace "Planes y proveedores". El sitio web es actualizado con regularidad y los solicitantes pueden hacer búsquedas de planes por condado. Los solicitantes también pueden buscar proveedores específicos, por nombre, sexo, especialidad, idioma o ubicación (ciudad o código postal)

NOTA: Si los solicitantes no eligen proveedores de atención médica para sus hijos, sus planes les asignarán a todos el mismo proveedor. Las familias podrán cambiar a los proveedores de sus hijos cuantas veces se lo permitan sus planes de seguro. Esta información se encuentra en el Manual de Healthy Families Program.

Plan de cuidado de la vista: cuando los hijos requieren servicios para la vista, la familia puede ponerse en contacto con su plan de seguro, el cual enviará por correo tarjetas de autorización con una lista de proveedores. Los padres pedirán cita y llevarán las tarjetas a los proveedores de la lista.

IMPORTANTE: Los solicitantes deben elegir el plan de seguro médico, atención dental y cuidado de la vista SIN AYUDA o guía de ningún CAA. Ayudar o aconsejar qué planes elegir puede hacer que el CAA pierda su certificación.

NOTA: Los CAAs pueden ayudar a los solicitantes a encontrar información sobre un plan o proveedor en el Manual Healthy Families Program o en el sitio web www.healthyfamilies.ca.gov, a través de los enlaces "Para encontrar un plan de seguro médico" y "Para encontrar a un médico".

Instrucciones sobre la cuota mensual

Utilice las siguientes instrucciones para calcular las cuotas mensuales de Healthy Families Program.

1. Para calcular la cuota (es decir, Categoría A, B, o C) utilice los ingresos netos combinados de todos los miembros de la familia que se contaron para determinar el tamaño de la familia, siempre y cuando dichos ingresos se hayan usado para determinar si por lo menos un hijo reúne los requisitos para Healthy Families Program (consulte el Capítulo 4: *Determinar el tamaño de la familia y las pautas de ingresos*)
2. Utilice el siguiente cuadro en la pagina 7-7 para determinar si los ingresos netos de la familia están en la Categoría A, B, o C
 - Vea el numero de miembros de la familia en la casa) columna de tamaño de la familia

- Determine a cual Categoría de ingresos (A, B, o C) pertenecen los ingresos netos de la familia

Cuadro de categorías de cuota mensual de Healthy Families Program
El cuadro de categorías de cuota mensual cambia el 1º de abril de cada año

Tamaño de la familia	Categoría A	Categoría B	Categoría C
1	\$904 - \$1355	\$1,355.01 - \$1,805	\$1,805.01 - \$2,257
2	\$1,216 - \$1,822	\$1,822.01 - \$2,429	\$2,429.01 - \$3,036
3	\$1,527 - \$2,290	\$2,290.01 - \$3,052	\$3,052.01 - \$3,815
4	\$1,839 - \$2,757	\$2,757.01 - \$3,675	\$3,675.01 - \$4,594
5	\$2,151 - \$3,225	\$3,225.01 - \$4,299	\$4,299.01 - \$5,373
6	\$2,462 - \$3,692	\$3,692.01 - \$4,922	\$4,922.01 - \$6,153
7	\$2,774 - \$4,159	\$4,159.01 - \$5,545	\$5,545.01 - \$6,932
8	\$3,086 - \$4,627	\$4,627.01 - \$6,169	\$6,169.01 - \$7,711
9	\$3,397 - \$5,095	\$5,095.01 - \$6,792	\$6,792.01 - \$8,490
10	\$3,709 - \$5,562	\$5,562.01 - \$7,415	\$7,415.01 - \$9,269
Si hay más de 10 personas, agregue la cantidad de abajo por cada miembro adicional de la familia.			
	\$313 - \$468	\$468.01 - \$624	\$624.01 - \$780

Instrucciones sobre la cuota mensual (para determinar la cuota mensual de Healthy Families Program, continuación)

3. En el Manual Healthy Families Program, identifique el condado donde viven los niños y el plan médico que el solicitante ha elegido
4. La cuota mensual que va a pagar la familia se encuentra bajo "Categoría A, B, o C"
5. La cantidad de la cuota depende del número de niños y la categoría de ingresos (A, B, o C) Use el número de niños que se AFILIARÁN a Healthy Families Program. Cuando use este cuadro, no incluya a los niños que no se afiliarán a Healthy Families Program

CUOTA DEL SEGURO *		Categoría A		Categoría B			Categoría C		
Código del plan	Planes de seguro médico disponibles	Cantidad de niños:		Cantidad de niños:			Cantidad de niños:		
		1	2 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más
Plan de seguro médico proveedor comunitario									
1020	CenCal Health	\$4	\$8	\$9	\$18	\$27	\$14	\$28	\$42
Otros planes de seguro médico									
1004	Blue Shield HMO	\$7	\$14	\$12	\$24	\$36	\$17	\$34	\$51
Código del plan	Planes de atención dental disponibles	Código del plan	Planes de cuidado de la vista disponibles						
2004	Premier Access Dental	3002	EyeMed Vision Care						
2003	SafeGuard Dental ** 93013-14, 93067, 93101-03, 93105-11, 93116-18, 93120-21, 93130, 93140, 93150, 93160, 93190, 93199	3003	SafeGuard Vision						
		3001	Vision Service Plan (VSP)						
2008	Western Dental								

SANTA BARBARA

Un ejemplo del Manual de Healthy Families

NOTA: La cantidad de la cuota se basa en la elección de plan médico que el solicitante haya hecho. Los pagos de la cuota para los planes de atención dental y cuidado de la vista se incluyen en la cantidad del plan de salud que aparece en la tabla anterior.

Pago de su cuota

Healthy Families Program (HFP) no requiere la cuota inicial al enviar la solicitud. Cuando los niños sean inscritos en HFP la familia recibirá un estado de cuenta mensual por correo. La cuota debe ser recibida antes del 20 del mes, aun si no han recibido un estado de cuenta. Usted puede pagar por correo de la siguiente forma

- Cheque personal
- Cheque certificado
- Giro postal

Haga su pago a nombre de **Healthy Families Program.**

Envíe por correo su pago a:
 Healthy Families Program
 P.O. Box 537019
 Sacramento, CA 95853-7019

O puede usted pagar por

- Pagos en persona en efectivo, en las oficinas de Western Union Participantes
Para encontrar una oficina de Western Union participante llame al 1-800-551-8001 (después seleccione la opción 1)
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) Usted tiene que registrarse a través de Healthy Families Program, el proceso se toma de 6-8 semanas
- Tarjeta de crédito, se puede pagar por teléfono o, a través del sitio Web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov, HFP acepta VISA Y MasterCard. Usted puede llamar para pagar en un solo pago al 1-888-256-6167. Llame al 1-877-267-3729 para implementar un pago mensual automático

Ahorre dinero en cuotas

Las familias tienen cuatro maneras de ahorrar dinero en sus cuotas

- Puede elegir el Plan de salud proveedor comunitario de su condado
En cada condado hay un plan proveedor de servicios médicos comunitarios que ofrece cobertura de Healthy Families Program
- Pueden pagar las cuotas de tres meses por adelantado. Las familias que elijan esta opción recibirán el cuarto mes de cobertura gratuitamente. Las familias pueden usar esta opción con sus solicitudes iniciales
- Pueden pagar sus cuotas por Transferencia electrónica de fondos (EFT) Las familias que elijan esta opción recibirán un descuento de 25% en sus cuotas mensuales. El formulario de autorización para inscribirse a la EFT está en el reverso de la factura que se envía mensualmente a la familia. Las familias que paguen mediante EFT no pueden pagar tres meses por anticipado. Esta opción no aplica para el primer pago
- Pueden pagar sus cuotas inscribiéndose para los pagos mensuales automáticos con una tarjeta de crédito. HFP acepta tarjetas VISA y MasterCard. Las familias que elijan esta opción recibirán un descuento del 25% en sus cuotas mensuales. También pueden inscribirse llamando al 1-877-267-3729 o en el sitio web de HFP en www.healthyfamilies.ca.gov. Las familias que hagan pagos mensuales automáticos con su tarjeta de crédito no pueden pagar tres meses por anticipado

NOTA: Si el solicitante o niño que solicita Healthy Families Program tiene ascendencia de indio americano o nativo de Alaska, entonces es posible que se cancelen las cuotas mensuales y copagos. Para cancelar las cuotas mensuales y copagos, el solicitante o niño descendiente de indios americanos o nativos de Alaska deberá presentar pruebas de ascendencia. Las personas que ostenten ascendencia indígena americana o de Alaska y hayan pedido tener atención médica gratuita en la solicitud conjunta de 2007, tendrán dos meses a partir de la fecha de afiliación para proporcionar pruebas aceptables. Healthy Families Program excluirá la cuota por dos meses, pero los co-pagos no serán excluidos hasta que Healthy Families reciba una prueba aceptable. La cuota y co-pagos serán excluidos el mes después de que Healthy Families reciba una prueba aceptable. Healthy Families Program no re-embolsará los co-pagos pagados durante el tiempo que no entregue una prueba aceptable de ascendencia amerindia.

RECORDATORIO PARA LOS CAAs

- Los CAAs y sus Entidades de afiliación NUNCA deben aceptar pagos de la cuota ni manejar dinero de sus solicitantes
- Los pagos de la cuota se deberán incluir con las solicitudes terminadas y los deberán enviar los SOLICITANTES

Patrocinio de contribución familiar

Los Patrocinadores de contribución familiar son personas o grupos que pagan un año de cuotas por adelantado para los niños afiliados a Healthy Families Program. Los patrocinadores deben estar registrados ante la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board, MRMIB) y ser aprobados por ella.

Cómo convertirse en Patrocinador de Contribución Familiar

Para convertirse en patrocinador, las personas u organismos pueden descargar el Formulario de registro de patrocinador desde el sitio web de Healthy Families Program en www.healthyfamilies.ca.gov y hacer clic en el enlace "Patrocinador" o comunicarse al teléfono 1-800-880-5305 para solicitar que le envíen por correo un formulario.

El formulario de afiliación requiere que los Patrocinadores de Contribución Familiar potenciales certifiquen que

- Reúnen los requisitos para convertirse en un Patrocinador de Contribución Familiar
- Reconocen que la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (MRMIB) no ha tomado partido en cuanto a si los pagos de cuota como Patrocinador de Contribución Familiar por cualquier persona o entidad sería una infracción a las leyes que califican el fraude federal y el abuso
- Permitirán a los solicitantes patrocinados tomar sus decisiones sobre los planes participantes en los condados en que viven según los identifica el Manual de Healthy Families Program
- Patrocinarán a todas las personas que reúnan los requisitos en la casa

El formulario de registro como Patrocinador de Contribución Familiar puede enviarse por fax al: 1-866-848-4974 o por correo a:

Healthy Families Program
Attn: Sponsorship Registration
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

Healthy Families Program notificará a los patrocinadores potenciales si son aprobados. Al ser aprobados, Healthy Families Program les expedirá su número de identificación y su formulario de pago de patrocinio. De la misma manera, los patrocinadores podrán descargar los formularios desde el sitio web de Healthy Families Program en www.healthyfamilies.ca.gov al hacer clic en el enlace "Sponsorship" ("Patrocinadores").

Cualquier persona o grupo puede ser patrocinador de contribución familiar, excepto

- Una persona que sea proveedor médico, dental o de cuidado de la vista que participe en Healthy Families Program o si se trata de una organización compuesta o controlada principalmente por este tipo de proveedores
- Un organismo (incluso las organizaciones gubernamentales, escuelas, no lucrativas o caritativas) que sea u opere una institución o las instalaciones que tengan que ver con algún proveedor médico, dental o de cuidado de la vista que participe en Healthy Families Program
- Un plan de seguro médico, atención dental o cuidado de la vista que participe en Healthy Families Program
- Una persona u organismo que actúe a nombre o en representación de una persona que se haya incluido en esta lista

NOTA: Las reglamentaciones de Healthy Families Program en cuanto a quién reúne los requisitos para ser patrocinador de contribución familiar excluyen a las personas o grupos que podrían violar las leyes federales sobre soborno, fraude y abuso al pagar contribuciones familiares. Cualquier persona u organización que reciba fondos federales para la salud a través de algún programa. Cualquier persona que tenga dudas de índole legal sobre los patrocinadores deberá consultar a un abogado antes de hacer los trámites. Healthy Families Program y MRMIB no pueden dar asesoría legal sobre las leyes sobre fraude y abuso.

Cómo patrocinar a una familia

Los patrocinadores de contribución familiar deberán enviar por correo el formulario de pago de patrocinio así como el pago total de 12 meses para la familia patrocinada. Será responsabilidad del patrocinador pagar la cuota que Healthy Families Program determine. El pago se utilizará primero para cubrir cualquier cuota atrasada, después el mes actual de cobertura y después los siguientes.

NOTA: Si una familia patrocinada se muda a otro condado de California o se transfiere a otro plan médico, el pago de la cuota continuará durante 12 meses siempre y cuando los niños sigan reuniendo los requisitos para Healthy Families Program.

Proceso de afiliación temprana

Los solicitantes pueden hacer una solicitud para Healthy Families Program con tres meses de anticipación para

- Los niños que lleguen a un año de edad y pierdan Medi-Cal sin costo (entre 133% y 250% de las Pautas de ingresos federales o FIG)

-
-
- Los niños que lleguen a los 6 años y pierdan Medi-Cal sin costo (entre 100% y 250% de la FIG)
 - Niños cuyo Medi-Cal sin costo esté terminando
 - Los niños por nacer cuyas familias perciban ingresos netos (después de las deducciones) entre 200% y 250% de FIG
 - Los solicitantes pueden hacer solicitud para niños por nacer hasta tres meses antes de la fecha en que se espera que nazcan

NOTA: Si una mujer embarazada cuyo hijo por nacer reúne los requisitos para Healthy Families Program no tiene seguro para ella misma, posiblemente tenga derecho a Acceso para bebés y madres (AIM) si su ingreso está entre 200% y 300% de la FIG, y no tiene más de 30 semanas de embarazo. Si necesita más información, consulte el Capítulo 11 (*Otros programas médicos*)

Los solicitantes que deseen afiliar a su hijo por nacer deberán proporcionar tanta información como les sea posible sobre el hijo. Junto con la solicitud deberá incluirse un comprobante de embarazo expedido por un médico o proveedor que incluya la fecha estimada del parto.

Una vez que la solicitud para un niño por nacer sé a determinado que es elegible para el programa de Healthy Families, recibirá una Carta de bienvenida con las instrucciones de enviar la documentación del nacimiento.

La cobertura de Healthy Families Program para un recién nacido comenzará 13 días después de que Healthy Families Program reciba UNO de los siguientes documentos del solicitante para verificar el nacimiento de un niño

- Una copia original o certificada del acta de nacimiento
- Declaración firmada por el profesional de atención médica que estuvo a cargo del parto
- Documento equivalente

Los papeles deben incluir la siguiente información

- Nombre del niño
- Lugar de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Fecha en que se dio de alta al niño del hospital
- Nombre de los padres

Healthy Families Program debe recibir los papeles requeridos dentro de los 30 días siguientes al nacimiento del niño. De lo contrario, los solicitantes deberán entregar una solicitud nueva.

Rechazo de solicitud para Healthy Families Program

A los niños que no reúnan los requisitos para Healthy Families Program se les negará la afiliación. Los solicitantes recibirán un aviso de rechazo de Healthy Families Program que declara las razones por las cuales los niños no reúnen los requisitos. Consulte las páginas 7-27 a 7-29 para ver una Notificación de Rechazo.

NOTA: La cancelación de afiliación, que es diferente al rechazo, se presenta cuando han terminado los beneficios de niños que están afiliados a Healthy Families Program.

Causas para rechazar una solicitud para Healthy Families Program

Existen varias posibles razones. Las razones pueden ser evitables como una solicitud incompleta o inevitable como que los niños tengan más de 19 años o que no reúnan los requisitos. En el Manual Healthy Families Program también hay información sobre los rechazos de solicitudes.

Las principales razones porque se rechace una solicitud son las siguientes

- **Edades de los niños**
Los niños de 19 años o más no serán aprobados independientemente del tamaño de la familia o los ingresos
- **Ingresos de la familia**
Los ingresos de la familia pueden ser demasiado altos o demasiado bajos para Healthy Families Program. Si se reúnen los requisitos o no depende del tamaño de la familia, los ingresos y la edad de los niños. Las familias pueden tener un niño que reúna los requisitos para Medi-Cal sin costo y otro que los reúna para Healthy Families Program. Dado cierto tamaño de familia e ingresos, es posible que un niño no esté dentro de los límites de edad para Healthy Families Program. Si sus ingresos son demasiado altos, los solicitantes pueden solicitar programas privados o programas específicos del condado en su zona. Si necesita más información, consulte el Capítulo 11 (*Otros programas médicos*)
- **Papeles faltantes**
Los solicitantes no proporcionaron papeles o comprobante de ingresos o la comprobación de deducciones. La mayoría de los documentos deberá enviarse al HFP en un lapso de 17 días

NOTA: No se necesita entregar actas de nacimiento ni documentos de inmigración junto con la solicitud para que los niños queden afiliados a Healthy Families Program y Medi-Cal for Families. Sin embargo, si no se envían estos documentos al SPE dentro de un lapso de 60 días después de la afiliación, los niños la perderán.

- **Solicitud incompleta**
El solicitante no contestó una o más preguntas de la solicitud o quizás no firmó la solicitud. Papeles faltantes deberá enviarse al HFP en un lapso de 17 días

Si se rechaza una solicitud para Healthy Families Program, el programa envía lo siguiente al solicitante

- Carta de rechazo donde se explica porqué no se aprobó la solicitud
- Reembolso de la cuota (si se incluyó junto con la solicitud original)
- Información sobre el proceso de apelación junto con el “Formulario de revisión” para que se revise el caso

Si los ingresos son muy bajos, la solicitud se enviará a Medi-Cal. En vez de recibir una carta de rechazo, el solicitante recibirá una carta en donde se le informa que su solicitud se envió al Departamento de Servicios Sociales de su condado.

¿Qué hacer cuando la solicitud a Healthy Families Program no es aprobada?

Si los solicitantes creen que el rechazo fue injusto, el o ella podrán apelar. La información acerca de los derechos de apelación está expuesta en la carta de rechazo que fue enviado al solicitante. Consulte las páginas 7-27 a 7-29 para ver una Notificación de Rechazo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación para Healthy Families Program consulte las páginas 7-20 a 7-23.

Inscripción Abierta a Healthy Families

Todos los años, entre el 15 de abril y el 31 de mayo las familias que tengan hijos en Healthy Families tienen la oportunidad de elegir nuevos planes de seguro médico, atención dental y cuidado de la vista para sus hijos. Quizás también sea necesario elegir nuevos planes de seguro médico, atención dental o de la vista si los actuales cambiaron área de cobertura o ya no participan en Healthy Families Program. Healthy Families Program enviará paquetes de inscripción abierta con información impresa sobre los planes y cuotas para las familias. Si las familias deciden cambiar de plan, los cambios surtirán efecto a partir del 1 de Julio.

NOTA: Es muy importante que las familias avisen a Healthy Families Program si tienen dirección nueva para que reciban el paquete de Inscripción Abierta, sus declaraciones actuales de facturación y demás información importante.

Evaluaciones de mediados de año sobre ingresos de Healthy Families Program

Si los ingresos de la familia cambian durante el año, podrán solicitar que Healthy Families realice una evaluación para determinar si los cambios afectarán sus derechos o su cuota. Esta petición se hace a través de la Línea de Membresía de Healthy Families Program: 1-866-848-9166 y se envía el formulario correspondiente a las familias.

La tabla siguiente muestra los posibles resultados de la evaluación de mediados de año para los miembros afiliados.

Resultados	Consecuencias
Los nuevos ingresos del afiliado siguen reuniendo los requisitos para HFP, no obstante lo colocan en una categoría inferior de ingresos.	En consecuencia, la cuota de la familia se reduce.
Los nuevos ingresos del afiliado siguen reuniendo los requisitos para HFP, no obstante lo colocan en una categoría superior de ingresos.	La cuota de la familia no cambiará hasta que llegue la fecha de aniversario del afiliado. Seguirá con el proceso de revisión anual de derechos.
Los nuevos ingresos quedan debajo de las pautas HFP y el afiliado autoriza que se envíe a Medi-Cal for Families.	Se coloca al afiliado en Suposición de cumplimiento de requisitos (PE) de Medi-Cal sin costo a partir del primer día del siguiente mes. Los papeles requeridos para los nuevos ingresos, la nueva solicitud y comprobantes se envían al Departamento de Servicios Sociales del condado donde reside el solicitante.
Los nuevos ingresos quedan debajo de las pautas HFP y el afiliado no autoriza que se envíe a Medi-Cal for Families.	El afiliado sigue afiliado a HF y se envía una carta de "Reconsidere el plan Medi-Cal". Si posteriormente el afiliado autoriza, por escrito que la solicitud se envía a Medi-Cal for Families, el proceso que se indica en el casillero anterior entrará en vigor.
Los nuevos ingresos están por encima de las pautas HFP	El afiliado sigue afiliado en HF hasta que llegue la fecha de aniversario del afiliado. El solicitante seguirá con el proceso de revisión anual de derechos.

Revisión Anual de Derechos de Healthy Families Program

Una vez afiliados, los niños que estén en Healthy Families Program reúnen los requisitos para recibir servicios durante 12 meses continuos. Healthy Families Program exige una Revisión Anual de Derechos (AER) cada 12 meses para verificar que los niños siguen reuniendo los requisitos. Esta revisión ocurre en las fechas de aniversario de las familias, que son 12 meses después de la fecha en que su último hijo se afilió en Healthy Families Program.

Sesenta días antes de la fecha de aniversario, las familias recibirán un paquete de Revisión Anual de Derechos (AER) Se les pide que envíen papeles actualizados de ingresos así como actualizaciones sobre quién está viviendo en la casa. El tamaño y los ingresos de la familia se reevaluarán para determinar si los niños siguen reuniendo los requisitos para estar en Healthy Families Program. En la página 7-30 hay un ejemplar del Formulario AER.

NOTA: Si las familias no reciben su formulario AER o si necesitan más ejemplares, pueden solicitarlos a la Línea de Membresía de Healthy Families al teléfono (866) 848-9166. También se pueden descargar formularios AER en el sitio web de Healthy Families Program, www.healthyfamilies.ca.gov con el paquete de la AER está el formulario "Agregar una persona" que el solicitante puede usar para afiliar a otros niños de la casa que no estén ya afiliados en Healthy Families Program. Las familias también pueden utilizar este formulario si desean agregar a un niño a Healthy Families Program en otro período que no sea el de revisión anual (AER).

NOTA: NO llene una nueva solicitud para agregar a un niño a un caso existente de Healthy Families Program. Se pueden obtener copias del formulario "Agregar una persona" en la página Web de Healthy Families, www.healthyfamilies.ca.gov usando el enlace "Descargar formularios y documentos".

Los niños cuyas familias tengan ingresos demasiado bajos y ya no reúnan los requisitos para Healthy Families Program durante AER, recibirán una carta de cancelación de inscripción de HFP. Esta carta avisará a la familia cuándo terminará la cobertura de HFP. Esta carta informará a la familia acerca de la Suposición de cumplimiento de requisitos (PE) y les dará la opción de pedir continuación de afiliación (CE) si la familia cree que HFP cometió un error. El formulario de CE debe recibirse antes del fin de mes para ampliar la cobertura. PE es una cobertura médica temporal gratuita a través de Medi-Cal.

NOTA: La revisión anual de derechos (AER) se requiere cada año para determinar si los niños siguen reuniendo los requisitos para Healthy Families Program.

Suposición de cumplimiento de requisitos (PE) Antes del 30 de agosto de 2007, los niños con ingresos familiares por debajo de las pautas de HFP durante AER, recibieron un "puente" de dos meses de continuación de requisitos de afiliación en HFP. Si el solicitante dio permiso, su solicitud fue enviada a Medi-Cal para que la revisen.

A partir del 1º de septiembre de 2007, los niños con ingresos familiares por debajo de las pautas de HFP durante AER ya no recibirán el puente de dos meses en HFP. Posiblemente reúnan los requisitos para PE. PE da a los niños cobertura médica temporal gratuita de Medi-Cal mientras que Medi-Cal decide si los niños cumplen con las condiciones para quedarse en Medi-Cal Program.

¿Cómo puede obtener PE el niño?

Se deben cumplir dos condiciones para que un niño obtenga PE.

- El niño no reúne los requisitos para HFP durante AER porque los ingresos familiares del niño están por debajo de las pautas de HFP
- El niño no está afiliado actualmente en Medi-Cal sin costo o con costo compartido

¿Cuándo comienza PE y cuánto tiempo dura?

Para las familias que se determina que sus ingresos están muy bajos el HFP enviará el paquete de AER a Medi-cal. HFP enviará una carta avisándoles si sus hijos reúnen los requisitos para PE. Si reúnen los requisitos para PE, ellos recibirán **Medi-Cal** temporal sin costo a partir del día que termine la cobertura de HFP. PE durará hasta que Medi-Cal decida si los niños pueden quedarse en **Medi-Cal Program**.

PE durará hasta que Medi-Cal decida si los niños pueden quedarse en Medi-Cal Program.

Cancelación de afiliación

Las familias cuyas solicitudes se aprueben y sus hijos estén afiliados a Healthy Families Program pueden perder su cobertura. Esto se conoce como "cancelación de afiliación". El cuadro de abajo muestra las razones de la cancelación y la manera como las familias pueden reafiliarse en caso de que proceda:

Se puede cancelar la afiliación de los niños cuando:	Los niños se pueden volver a afiliar cuando:
La Revisión anual de derechos (AER) y su documentación no se devuelva al final del mes de la fecha de aniversario.	El formulario o una nueva solicitud se revisan y aprueban. El formulario AER se aceptará hasta 60 días después de la cancelación de afiliación.
El formulario de la Revisión anual de derechos esté incompleto o falte algún documento, o falten documentos de ingreso.	Ya sea que el Formulario de revisión AER u otra solicitud se revise y apruebe. El formulario AER con toda la información o los documentos necesarios se aceptará hasta 60 días después de la cancelación de afiliación. Luego de 60 días después de la cancelación de afiliación, la familia puede enviar una nueva solicitud.
Se encuentra que los niños no reúnen los requisitos para Healthy Families Program durante la Revisión anual de derechos.	No hay reafiliación, pero las familias pueden apelar la decisión para que los beneficios se restauren. Si necesita más información, consulte las páginas 7-22 a 7-24.
Llegan a los 19 años de edad.	No reúnen los requisitos para volverse a afiliar.
El pago de la cuota se retrasa más de 60 días (después de la fecha de vencimiento)	Se pagan las cuotas vencidas en el momento de cancelación de afiliación.
El solicitante no envía actas de nacimiento o documentos de inmigración en un plazo de 2 meses a partir de la fecha de afiliación.	El solicitante envía los documentos en un plazo de 60 días. Después de 60 días el solicitante debe enviar una nueva solicitud.
Defunción de un afiliado.	N/A
El solicitante hizo declaraciones falsas.	El solicitante vuelve a hacer una solicitud.
El solicitante solicita por escrito cancelación de afiliación a Healthy Families Program.	El solicitante vuelve a hacer una solicitud.

Cancelación de afiliación

Cuando los niños pierden la afiliación a Healthy Families Program, el solicitante recibe una notificación de cancelación de la afiliación en la que se especifican las razones. En las páginas 7-31 y 7-33 hay un ejemplar de la notificación de cancelación de afiliación. Los solicitantes reciben formularios de apelación y de continuación de inscripción así como los de reafiliación. Las familias pueden llamar a la línea de información de Healthy Families Program al 1-800-880-5305 para solicitar ejemplares de estos formularios. También pueden descargar los formularios en el sitio web de Healthy Families Program, www.healthyfamilies.ca.gov

Para pedir la cancelación de inscripción de HFP, el afiliado debe presentar un pedido por escrito en todos los casos, excepto por la muerte del niño. En estas situaciones HFP aceptará una llamada telefónica. La persona que llama debe proporcionar

- El nombre de la persona que llama y su parentesco con el niño
- Nombre, segundo nombre (si es aplicable) y apellido del niño
- Fecha de la muerte del niño (MM/DD/AA)

Se cancelará la afiliación del niño al final del mes en que haya ocurrido la muerte.

Formulario de revisión y de proceso de apelación de Healthy Families Program

Las apelaciones se usan para protestar por decisiones de Healthy Families Program que las familias piensen que son incorrectas. Por ejemplo, si los solicitantes creen que se les negó la participación en Healthy Families Program o se les desafilió de él, pueden decidir apelar. Apelar a un rechazo pudiera proporcionar protección a los solicitantes si incurren en gastos médicos y los rechazos fueron incorrectos.

Hay dos procesos diferentes para apelar

- Proceso de revisión administrativo
- Proceso de revisión de programa

Para apelar una decisión de Healthy Families Program las familias pueden utilizar el formulario de revisión que se les envía junto con la carta de rechazo de solicitud o de cancelación de afiliación. En las páginas 7-34 y 7-35 hay un ejemplar de este formulario. Se puede obtener este formulario al llamar a la línea de información de Healthy Families Program al 1-800-880-5305 o descargarlo desde el sitio web, www.healthyfamilies.ca.gov Los CAAs pueden ayudar a los solicitantes a llenar este formulario. Healthy Families Program notificará a los solicitantes los resultados de su apelación.

NOTA: Las familias deberán enviar por correo toda la información para la revisión y para la apelación a:
Healthy Families Program
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

Proceso de revisión administrativo

Proceso de revisión administrativo se usa para apelar decisiones con respecto a lo siguiente

- Requisitos - los niños no reúnen los requisitos para participar o continuar participando
- Cancelación de afiliación - los niños no reúnen los requisitos para afiliarse o seguir afiliados
- Fecha de vigencias de la cobertura - los solicitantes no están de acuerdo con las fechas de vigencia de la cobertura de sus hijos

El Proceso de revisión administrativo consta de tres niveles

- Apelación de primer nivel - revisada por Healthy Families Program
- Apelación de segundo nivel - revisada por la MRMIB
- Audiencia administrativa - revisada por un juez de derecho administrativo

Todas las apelaciones del Proceso de revisión administrativo inician con la apelación de primer nivel.

Formulario de revisión y de proceso de apelación de Healthy Families Program
Proceso de revisión administrativo

Apelación de primer nivel

La apelación de primer nivel es revisada por Healthy Families Program. Se deben enviar las apelaciones a Healthy Families Program dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la notificación de rechazo (NO de la fecha en que los solicitantes recibieron la notificación) El solicitante o su representante legal puede hacer la apelación al llenar el formulario de revisión que se incluye con la notificación de rechazo o de cancelación de afiliación o si envía una carta que incluya la siguiente información específica

- Copia de la notificación de rechazo o de cancelación de afiliación
- La razón por la cual el solicitante considera que el rechazo no es correcto
- La regla o reglas que el solicitante considera que Healthy Families Program violó o pasó por alto
- Declaración de la manera como el solicitante desea que se resuelva la apelación

Healthy Families Program cuenta con 30 días para revisar las apelaciones y determinar si son válidas o no y si la resolución es apropiada.

Si se resuelve la apelación, Healthy Families Program tomará las medidas adecuadas y notificará al solicitante dentro de los 30 días posteriores a que recibió la apelación.

Si no se resuelve la apelación, Healthy Families Program notificará al solicitante que la apelación fue rechazada y le dará información respecto a las apelaciones de segundo nivel.

Apelación de segundo nivel

Las apelaciones de segundo nivel se usan para apelar una decisión de primer nivel y son revisadas por la MRMIB. Las solicitudes de apelación de segundo nivel deberán ser por escrito y se deberán recibir dentro de los 30 días posteriores a la fecha de resolución de la apelación de primer nivel de Healthy Families Program. Estas apelaciones deben incluir toda la información que se requiere para las apelaciones de primer nivel

- Copia de la notificación de rechazo o de cancelación de afiliación
- La razón por la cual el solicitante considera que el rechazo no es correcto
- La regla o reglas que el solicitante considera que Healthy Families Program violó o pasó por alto
- Declaración de la manera como el solicitante desea que se resuelva la apelación

MRMIB determinará si la resolución del primer nivel fue correcta.

Si se resuelve la apelación, MRMIB tomará las medidas adecuadas y lo notificará por escrito al solicitante.

Si no se resuelve la apelación, MRMIB notificará al solicitante que la apelación fue rechazada y le dará información respecto a audiencia administrativa.

Formulario de revisión y de proceso de apelación de Healthy Families Program

Proceso de revisión administrativo

Audiencia administrativa

Las audiencias administrativas son revisadas por un juez de derecho administrativo. Las solicitudes para una audiencia administrativa deben recibirse dentro de los 30 días posteriores a la notificación de MRMIB en lo que se refiere a la resolución de la apelación de segundo nivel. La notificación de MRMIB tendrá la información necesaria que tendrá que llenarse para tramitar una audiencia administrativa. La petición debe ser clara y concisa y debe precisar qué medidas se están apelando y por qué la resolución de segundo nivel de MRMIB se considera incorrecta.

Proceso de revisión de programa

El Proceso de revisión de programa se utiliza para protestar cualquier decisión, excepto las que estén cubiertas por el Proceso de revisión administrativo.

El proceso de revisión de programa se puede utilizar para

- Discutir sobre papeles faltantes
- Revisar cuestiones de facturación y saldos de cuenta
- Revisar otras quejas y preguntas que no estén sujetas a una apelación formal

El proceso de revisión de programa también se usa para las apelaciones que se entregaron después de 60 días de la fecha que aparece en la notificación de cancelación de afiliación.

Las revisiones de programa no tienen derechos de apelación adicionales, a diferencia de los tres niveles del Proceso de revisión administrativo. Todas las decisiones del proceso de revisión de programa son definitivas.

Para apelar, los solicitantes pueden usar el formulario que ya contiene sus datos que se envía junto con sus cartas de rechazo. También pueden enviar a Healthy Families Program la siguiente información

- Copia de la notificación
- La razón por la cual el solicitante considera que el rechazo no es correcto
- La regla o reglas que el solicitante considera que Healthy Families Program violó o pasó por alto
- Declaración de la manera como el solicitante desea que se resuelva la apelación
- Cualquier otra información relevante
- El Family Member Number asignado por SPE

Tomaremos la decisión a más tardar 30 días después de la fecha en que recibamos la apelación. Todas las decisiones son definitivas.

Afiliación continuada

La afiliación continuada (CE) ofrece cobertura de Healthy Families Program para los niños durante una apelación o al iniciar un período de cancelación de afiliación. Consulte la página 7-19 respecto a la cancelación de afiliación. Se da una afiliación continuada (CE) a petición escrita del solicitante; no se aceptan peticiones por teléfono. Si la apelación del solicitante procede, no se interrumpe la cobertura de Healthy Families Program para los niños. Los niños siguen recibiendo su cobertura total de Healthy Families Program así como las facturas mensuales del pago de la cuota.

Quince días antes de la cancelación de la afiliación (lo cual siempre ocurre para fin de mes), se le enviarán por correo el formulario de afiliación continuada junto con la notificación de cancelación de afiliación. En las páginas 7-34 y 7-35 hay un ejemplar del formulario de CE. La petición de afiliación continuada deberá recibirse en Healthy Families Program antes de la fecha de cancelación de la afiliación. Si Healthy Families Program recibe el formulario de afiliación continuada antes de la fecha de la cancelación, la cobertura continuará hasta que se resuelvan las apelaciones.

NOTA: Las apelaciones que se reciban después de la fecha de cancelación de afiliación, pero dentro de los 60 días a partir de la fecha de cancelación, se procesarán, no obstante, los niños no recibirán cobertura de afiliación continuada. Las apelaciones que se reciban después de 60 días de la fecha de cancelación de afiliación serán procesadas conforme al proceso de revisión de programa y los niños no recibirán cobertura de afiliación continuada.

Duración de la cobertura de afiliación continuada (CE)

CE extiende la cobertura de Healthy Families Program un mes o hasta que se resuelvan las apelaciones de las familias. CE de los niños termina al final del mes cuando se toma una decisión sobre las apelaciones. No hay costos adicionales por la cobertura CE si no se conceden las apelaciones de las familias. No tienen que pagar los beneficios recibidos mientras los hijos estaban afiliados en CE. Las familias pueden presentar una segunda apelación (segundo nivel de apelación), pero los niños no recibirán cobertura de CE adicional durante este Segundo nivel de apelación.

Inmigrantes que reúnen los requisitos para Healthy Families Program

A continuación aparece una lista de situaciones migratorias que podrían hacer que los niños reúnan los requisitos para Healthy Families Program. Consulte la información del Manual Healthy Families en lo que respecta a ciudadanía e inmigración (páginas 24-25) o en el Capítulo 10 (*Documentos requeridos*).

- Extranjero admitido legalmente para residencia permanente
- Extranjero a quien se otorgó entrada condicional
- Extranjero en libertad condicional admitido en los EE.UU. por lo menos un año
- Extranjero con situación migratoria adecuada quien haya sufrido maltrato (o cuyo hijo o padre haya sufrido maltrato) o que haya sido sometido a crueldad extrema en los EE.UU.
- Un extranjero al que se le otorgó asilo

-
-
- Refugiado admitido en los EE.UU.
 - Un extranjero cuya deportación esté siendo suspendida
 - Extranjero inmigrante de origen cubano o haitiano
 - Los extranjeros calificados que residen legalmente en cualquier estado y sean veteranos dados de baja honorablemente
 - El cónyuge o dependiente soltero o el cónyuge soltero que le sobreviva a un inmigrante que reúna los requisitos y que sea veterano de baja honorablemente
 - Inmigrante amerasiático

NOTA: Los niños que se encuentren en estas categorías reúnen actualmente los requisitos siempre y cuando satisfagan los de otros programas, independientemente de la fecha de entrada.

Todos los emigrantes calificados (Consulte la información del Manual Healthy Families en lo que respecta a ciudadanía e inmigración (USCIS) Capítulo 10: *Documentos requeridos*) en la siguiente situación migratoria se le requerirá que provee la fecha de entrada y los documentos requeridos

- Extranjero legalmente admitido para residencia permanente
- Extranjero a quien se otorgo entrada condicional
- Extranjero en libertad condicional
- Extranjero con situación migratoria adecuada quien haya sufrido maltrato (o cuyo hijo o padre haya sufrido maltrato) o que aya sido sometido a crueldad extrema en los EE.UU y víctimas del acta de la violencia en contra de las mujeres

Declaraciones de Healthy Families Program

Los CAAs revisaran junto con el solicitante las Declaraciones de Healthy Families Program que aparecen en esta sección.

Se requiere que los solicitantes hagan las declaraciones que se incluyen a continuación.

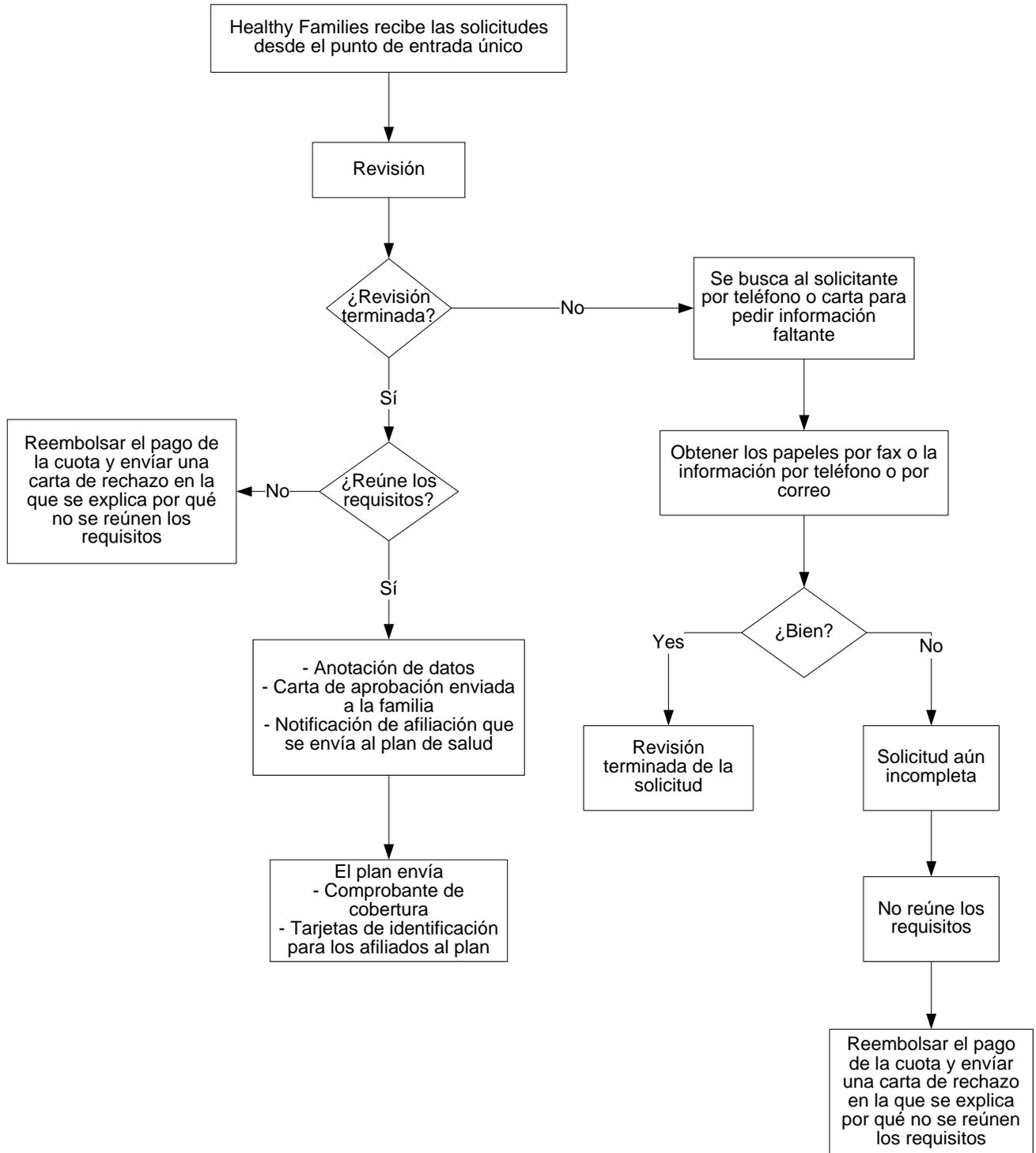
Los solicitantes declaran que cada una de las personas que están afiliando

- Es residente de California
Los niños deben ser residentes de California para reunir los requisitos a Healthy Families Program
- No está en la cárcel ni en un hospital mental
- No reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B
Los niños que reúnen los requisitos para Medicare Parte A y Parte B no los reúnen para Healthy Families Program
- No es elegible para ningún Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de California o si es elegible para algún Programa de Beneficios de Salud del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de California, pero el aporte del empleador para el/los dependiente(s) es de menos de \$10

Los solicitantes declaran además que

- Todas las personas de esta solicitud cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo la información concerniente a cada plan de salud, dental y de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen. El manual contiene información importante sobre los requisitos, cuotas y detalles de otros programas
- Estoy haciendo solicitud para todos mis hijos que reúnen los requisitos para Healthy Families Program, a menos que ya estén afiliados o esté solicitando para mí mismo
- Doy permiso para que Healthy Families Program compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas para las que estoy solicitando y todos los demás datos de esta solicitud
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona para quien hago la solicitud al programa y cualquier cambio en la dirección de facturación del solicitante

Proceso de revisión de la solicitud de Healthy Families Program



Ejemplo de notificación de rechazo

Family Member Number: FMN

DATE



REC_NUM FMN HF 008 06 20 2006

HOH_NAME
ADDR_LINE_1
ADDR_LINE_2
CITY, STATE ZIP

Estimado solicitante:

Hace poco, usted nos pidió afiliarse a un familiar en el Programa Healthy Families. **No podemos hacerlo porque:**

NAME_1

La selección del plan de seguro médico no está o no está disponible. En la sección "Planes de seguro médico" del Manual de Healthy Families encontrará una lista de los planes de seguro médico disponibles en su área. O vaya a la sección de "Selección de planes y proveedores" del sitio web de Healthy Families en <http://www.healthyfamilies.ca.gov>

La selección del plan de atención dental no está o no está disponible. En la sección "Planes de seguro médico" del Manual de Healthy Families encontrará una lista de los planes de atención dental disponibles en su área. O vaya a la sección de "Selección de planes y proveedores" del sitio web de Healthy Families en <http://www.healthyfamilies.ca.gov>

La selección del plan de cuidado de la vista no está o no está disponible. En la sección "Planes de seguro médico" del Manual de Healthy Families encontrará una lista de los planes de cuidado de la vista disponibles en su área. O vaya a la sección de "Selección de planes y proveedores" del sitio web de Healthy Families en <http://www.healthyfamilies.ca.gov>

No podemos usar los papeles de ingresos que recibimos porque tienen más de 45 días de expedición. Por favor envíe papeles de ingresos expedidos durante los últimos 45 días.

No recibimos ninguna prueba aceptable de ciudadanía de EE.UU. o no recibimos ninguna prueba de ciudadanía de EE.UU. En la sección de Ciudadanía e inmigración del Manual de Healthy Families encontrará una lista de documentos de ciudadanía aceptables o vaya a la sección de "Preguntas frecuentes" del sitio web de Healthy Families en <http://www.healthyfamilies.ca.gov>

No recibimos ninguna prueba aceptable de papeles de inmigración o no recibimos ningún papel de inmigración. En la sección de Ciudadanía e inmigración del Manual de Healthy Families encontrará una lista de papeles de inmigración aceptables o vaya a la sección de "Preguntas frecuentes" del sitio web de Healthy Families en <http://www.healthyfamilies.ca.gov>

No recibimos los papeles de prueba de embarazo que necesitamos. Por favor envíe pruebas de su embarazo de su médico o clínica.

Como usted tiene ingresos anotados en el Renglón N° 12, se necesita un Schedule C o Schedule C-EZ de la declaración federal de ingresos. No recibimos su Schedule C ni su Schedule C-EZ.



HF LT 008 ES 03/15/2004

000001 06/20/2006

Ejemplo de notificación de rechazo

No recibimos su Estado de ganancias y pérdidas o el estado de cuenta no fue aceptable para probar sus ingresos. Por favor envíe su Estado de ganancias de los últimos 3 meses detallado por mes. En la sección de "Descarga de formularios y documentos" del sitio web de Healthy Families en <http://www.healthyfamilies.ca.gov> encontrará una muestra del Estado de ganancias y pérdidas.

NAME_2

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_3

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_4

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_5

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_6

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_7

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_8

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_9

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_10

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

Si alguien en su solicitud no está escrito aquí, usted recibirá una carta por separado de Healthy Families Program informándole si esta persona puede recibir cobertura de Healthy Families.

Si su ingreso es muy alto o muy bajo

Si su ingreso es muy alto, posiblemente pueda obtener un plan de seguro médico mediante el plan médico infantil Kaiser Permanente Cares for Kids. Para mayor información por favor llame al 1-800-255-5053.

Si su ingreso cambia

Le aconsejamos que solicite nuevamente a Healthy Families Program si los ingresos de su familia cambian.

Si cree que hemos cometido un error

Si cree que hemos tomado la decisión equivocada, puede pedirnos una revisión. **Debemos recibir su Formulario de revisión a más tardar el PRGM_REVW_DUE_DATE.**

Cómo pedir una revisión:

1. **Llene el Formulario de revisión incluido con esta carta.** Díganos por qué le parece que su familiar puede recibir servicios de Healthy Families. Debe responder a las preguntas 1 a 4 del formulario.



000002

Ejemplo de notificación de rechazo

También puede enviar toda la información adicional que le parezca necesaria para nosotros. No podemos hacer una revisión por teléfono. Escriba su Family Member Number en cada papel que usted envíe. Su Family Member Number es el FMN.

2. Envíe por correo el Formulario de revisión y todos los demás papeles a:

Healthy Families Program
ATTN: Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

O puede enviarnos por fax esta información al **1-866-848-4974**. (El número de fax es gratuito).

¿Qué sucederá después?

Si recibimos su Formulario de revisión, revisaremos la información y le enviaremos una carta a más tardar en 30 días para avisarle sobre nuestra decisión.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas, **por favor llame al 1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Muchas gracias.

Healthy Families and Medi-Cal Programs



Ejemplo del formulario de revisión anual de derechos



Formulario de Revisión anual de derechos

Para continuar su cobertura de atención médica de Healthy Families

Instrucciones

Para continuar la cobertura de Healthy Families, usted debe llenar este formulario, anexar todos los papeles y enviar todo por correo a nuestras oficinas de manera que lo recibamos a más tardar el AER_INFO_DUE_DATE.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario llame al Healthy Families: **1-888-439-4741**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Dirección postal

HOH_NAME
ADDR_LINE_1
ADDR_LINE_2
CITY, STATE ZIP

De su casa

HOH_NAME
RES_ADDR_LINE1
RES_ADDR_LINE2
RES_CITY, RES_STATE RES_ZIP

◀ ¿Son correctos su nombre y dirección?

Si alguna información está mal, por favor táchela. Escriba la información correcta a un lado.

FAMILY MEMBER NUMBER: FMN

Casa: APPL_PHONE_HOM Trabajo: APPL_PHONE_WORK Mensajes: APPL_PHONE_VM

1. Niños que ya están en Healthy Families.

¿Aún viven en su casa los niños indicados abajo? Si no es así, tache sus nombres. ¿Alguno de los niños tiene ingresos? Por ejemplo, mantenimiento infantil. Si es así, escriba sus ingresos. Usted tendrá que

enviar por correo una prueba de ingresos con este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre ingresos, lea el folleto **Miembros de la familia e ingresos que llegó con este formulario.**

Hijo en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con HOH_NAME	Ingresos mensuales del niño, si los hay
NAME_1	DOB_1	RELATIONSHIP_1	
NAME_2	DOB_2	RELATIONSHIP_2	
NAME_3	DOB_3	RELATIONSHIP_3	
NAME_4	DOB_4	RELATIONSHIP_4	
NAME_5	DOB_5	RELATIONSHIP_5	
NAME_6	DOB_6	RELATIONSHIP_6	
NAME_7	DOB_7	RELATIONSHIP_7	
NAME_8	DOB_8	RELATIONSHIP_8	
NAME_9	DOB_9	RELATIONSHIP_9	
NAME_10	DOB_10	RELATIONSHIP_10	

2. ¿Alguna de estas personas ha tenido seguro médico patrocinado por un patrón en los últimos 3 meses? Sí No

Si es así ¿quién? _____

¿Cuándo terminó el seguro? _____ ¿Por qué terminó? _____

¿Preguntas? Llame al 1-888-439-4741, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita

Ejemplo de notificación de cancelación

Family Member Number: FMN

DATE



REC_NUM FMN HF 006a 12 5 2006
HOH_NAME
ADDR_LINE_1
ADDR_LINE_2
CITY, STATE ZIP

Estimado solicitante:

El Programa Healthy Families ya no proporciona cobertura médica a las siguientes personas por los motivos anotados abajo

NAME_1

No hemos recibido los papeles migratorios y de nacionalidad que necesitamos.

NAME_2

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_3

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_4

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_5

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_6

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_7

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_8

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_9

This is a sample Reason. This is a sample Reason.

NAME_10

This is a sample Reason. This is a sample Reason.



Ejemplo de notificación de cancelación

Posiblemente tenga que pagar por los servicios médicos, dentales y de cuidado de la vista de estos miembros de su familia después del CVRG_END_DATE.

Si le parece que hemos cometido un error

Si le parece que hemos tomado la decisión equivocada, puede pedirnos una revisión. Para pedir una revisión:

1. **Llene el Formulario de revisión del programa que viene con esta carta.** Díganos por qué cree que sus hijos todavía pueden recibir cobertura de Healthy Families. También puede enviar otros papeles o información que usted quiera que leamos. No podemos hacer una revisión por teléfono. Escriba su Family Member Number en cada papel. Su Family Member Number es el: FMN.
2. **Envíe el Formulario de revisión del programa y todos los demás papeles por correo a:**

Healthy Families Program
Attention: Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

O envíe por fax el formulario al: **1-866-848-4974**. El número de fax es gratuito.

Debemos recibir su formulario a más tardar el FM21_DUE_DATE.

Si recibimos su Formulario de revisión del programa después de esta fecha, no podremos revisarlo y usted tendrá que llenar una nueva solicitud.

Si quiere inscribir de nuevo a sus hijos

Si usted piensa que los miembros de su familia cumplen con las reglas del programa y pueden recibir servicios de Healthy Families, pídanos que los inscribamos de nuevo.

1. **Llene el Formulario de reinscripción que viene con esta carta.**
2. **Haga copias de estos papeles:**
 - prueba de ingresos, como copias de talones de pago;
 - cheques o facturas que demuestren que usted pagó por guardería infantil, mantenimiento infantil o pensión por alimentos.
3. **Llame a 1-866-848-9166** y diga "quiero reinscribir a mis hijos en Healthy Families. ¿Cuánto tendré que pagar de prima (pago mensual)?"
4. **Haga un cheque o giro postal (money order)** a nombre de "Healthy Families Program" por esta cantidad.
5. **Envíe el formulario de reinscripción, copias de sus papeles y cheque por correo a la dirección de arriba para el Formulario de revisión del programa.**

Por favor envíe este formulario a nuestras oficinas antes del FM21_DUE_DATE.

Si envía el Formulario de reinscripción después de esta fecha, usted tendrá que llenar una nueva solicitud.

¿Qué sucederá después?

Quando recibamos su Formulario de reinscripción, leeremos la información y le diremos si su hijo puede recibir servicios de Healthy Families.



000002

Ejemplo de notificación de cancelación

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, **por favor llame al 1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Muchas gracias.

Healthy Families Program



Ejemplo del formulario de apelación y de continuación de inscripción



Revisión y continuación de inscripción

Pida a Healthy Families que revise y cambie su decisión de desafiliar a alguien

Instrucciones
Use este formulario si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por Healthy Families de desafiliar a alguien de su familia. (Desafiliar significa terminar la cobertura.) Usted puede pedir a Healthy Families que cambie su decisión y puede pedir que se mantenga su cobertura durante la revisión. **Llene el formulario y envíelo por correo de manera que lo recibamos a más tardar el .**

Marque esta casilla si está enviando pruebas nuevas de ingresos u otros papeles nuevos con el formulario.

Marque esta casilla si incluye una petición de pago de facturas médicas con el formulario (incluya las facturas).

A. Información sobre usted.

FAMILY MEMBER NUMBER:
Día: Noche: Mensajes:

B. Información sobre las personas a quienes se terminará la cobertura.

¿Preguntas?
Si tiene alguna pregunta sobre el formulario llame a Healthy Families: **1-866-848-9166** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

◀ **¿Son correctos su nombre, dirección y teléfonos?**
Si alguna información está mal, por favor táchela. Escriba la información correcta a un lado.

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita

827 FM 001 00 03/03/0906 000000

Ejemplo del formulario de apelación y de continuación de inscripción

HEALTHY Revisión y continuación de inscripción, *Página 2*

C. Motivo para la revisión.

1. ¿Qué decisión quiere usted que revisemos?
Díganos sobre la decisión que usted quiere que revisemos o incluya una copia de la carta que recibió de Healthy Families donde se menciona la decisión.

2. ¿Por qué le parece que nuestra decisión es la equivocada?
Escriba sus motivos o marque en las casillas de abajo. Marque tantas como quiera.

<input type="checkbox"/> Los ingresos fueron mal calculados	<input type="checkbox"/> Se hizo el pago
<input type="checkbox"/> El afiliado no tiene Medi-Cal sin costo	<input type="checkbox"/> Me parece que la decisión va contra las políticas de Healthy Families o la ley (explique abajo)
<input type="checkbox"/> Enviamos los papeles pedidos (díganos cuándo envió por correo o fax los papeles)	<input type="checkbox"/> Otro (explique abajo)

3. ¿Qué le gustaría que hiciéramos?

Mantener a los miembros de la familia en Healthy Families Otro (explique abajo)

4. ¿Qué más le gustaría que hiciéramos ?
¿Hay alguna otra información que usted crea nos pueda ayudar a revisar nuestra decisión? Escriba la información o envíe otros papeles que puedan ayudarnos a entender.

D. Llene el formulario y envíelo a nuestras oficinas a más tardar el

Estoy pidiendo que se mantenga la cobertura durante la revisión. Entiendo que debo pagar la cuota (pago) mensual durante el proceso de revisión. Entiendo que si no hago los pagos, los miembros de mi familia pueden perder su cobertura.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario y otros papeles a:

**Healthy Families
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005**

O puede enviar por fax el formulario y los papeles a:
Fax: 1-866-848-4974 El número de fax es gratuito.
Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe. **Su Family Member Number es el:**

E. Permiso para compartir información con la siguiente persona:
Doy permiso a Healthy Families Program para dar información por teléfono sobre la situación de esta solicitud a un Asistente certificado de solicitudes de la Entidad de inscripción nombrada. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe los resultados de la determinación de derechos de esta solicitud:

Nombre: _____

➔ Firma: _____ Fecha: _____

➔ CAA#: _____ EE#: _____

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita

00034